UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 206

LES PATHOMIMIES CUTANÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1956

par

André BORGOMANO

ÉLÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

Né à CARBONNE (Haute-Garonne), le 1er Décembre 1929

Examinateurs de la Thèse	MM.	JOULIA, Professeur.....	*Président*
		MORETTI, Professeur.....	*Juges*
		BERGOUIGNAN, Agrégé.....	
		LE COULANT, Agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE LAQUIÈZE & Cie
91 COURS DE LA MARNE
—
1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0004

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1956 - N° 206

LES PATHOMIMIES CUTANÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1956

par

André BORGOMANO

ÉLÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

Né à CARBONNE (Haute-Garonne), le 1er Décembre 1929

Examinateurs de la Thèse

MM JOULIA, Professeur ..... *Président*

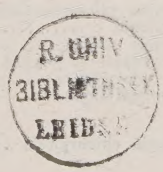
MORETTI, Professeur ..... } *Juges*

BERGOUIGNAN, Agrégé ..... } *Juges*

LE COULANT, Agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LAQUIÈZE & Cie
91 COURS DE LA MARNE

1956



FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, G. PORTMANN.
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR :** M. TAYEAU.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS, BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSE
Clinique d'accouchements	RIVIERE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anat. patholog. et microsc. clin.	LEGER
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie.	MAYER
Hygiène et Cl. de la tuberculose	PIECHAUD
Méd. légale et méd. du travail.	DERVILLEE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale.	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	MASQUELIER
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM
Pathologie générale et expérim.	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIERE
Clin. chir. infantile et orthopéd.	POUYANNE
Clin. méd. et des mal. infect..	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale.	TAYEAU
Physique médicale et pharmac.	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	MORETTI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clin. des malad. des voies urin.	DARGET
Clin. des mal. nerv. et mentales	DELMAS-MARSALET
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique..	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrol. thérapeut. et climatol.	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPELE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie), M. CAZAUX (Pharmacien 3e Section)

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	N.
	QUILICHINI

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES AGREGE :

M. STOLL (Histologie).

AGREGES EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIERE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et méd. du trav.	L'EPEE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGERE
Puériculture	VERGER
	PERY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiol. végét.	TEMPERE
Chimie biologique	MAROUEVILLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	Mme LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'EPEE.
Séméiologie médicale	J. RIVIERE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
	LAVIGNOLLE
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIERE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : **GAYRAUD.**

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE

Médecin Lieutenant-Colonel en retraite,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Chevalier de l'Instruction publique.

Que toute sa vie de droiture et de travail me soit un guide précieux.

A MA MÈRE

Dont la tendresse et le dévouement n'ont d'égal que son amour.

A MA FEMME ET A NOTRE ENFANT

Bien faible témoignage de mon inaltérable tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

Très respectueusement.

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR ET A MA FILLEULE

Affectueusement.

A TOUTE MA FAMILLE ET A MA BELLE FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Docteur FRUCHARD

Ancien Interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté,

Qui nous a guidé et encouragé dans notre travail. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A NOS PROFESSEURS DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DE LA FRANCE D'OUTRE-MER

Monsieur le Médecin-Général de 2e classe P. LAHILLONNE

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer,
Médecin des Hôpitaux maritimes,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1939-1945,
Officier du Mérite maritime.

Monsieur le Médecin en Chef de 1re classe CONSTANS

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et de la France d'Outre-Mer,
Spécialiste des Hôpitaux maritimes,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre 1939-1945.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur BERGOUIGNAN
Agrégé de Médecine Générale,
Médecin des Hôpitaux,
Croix de Guerre 1939-1945,
Chevalier de l'Instruction publique,

Monsieur le Docteur LECOULANT
Agrégé de Dermatologie et Syphiligraphie,
Médecin Dermato-Vénéréologiste des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

Monsieur le Professeur MORETTI
Professeur de Médecine et Hygiène Tropicale,
et Clinique des Maladies Exotiques,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin des Hôpitaux Maritimes,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre 1939-1945,
Mérite de l'Afrique Noire,
Chevalier de l'Etoile d'Anjouan.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques,
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique,
Officier de l'Instruction publique,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui exprimons nos remerciements et notre profond respect.

LES PATHOMIMIES CUTANÉES

HISTORIQUE — DEFINITION

La simulation des maladies cutanées remonte aux temps les plus reculés. Les textes et l'iconographie en font foi, qui montrent des sujets atteints de plaies horribles faites et entretenues dans le but d'exciter la pitié des passants.

Jean-Baptiste SILVATIUS, en 1595, est le premier auteur d'un ouvrage méthodique sur la simulation. Celle-ci était extrêmement courante au moyen âge. Elle est d'ailleurs une véritable institution, un royaume, avec ses rois, ses princes, ses intellectuels. Elle prospère grâce à l'existence d'un nombre considérable de vrais pauvres, de vrais mendiants.

Tailleboudin est un personnage des « Propos rustiques » de NOËL DU FAIL. Il expose à un ami les avantages de sa condition :

« Je gagne plus en un jour à mener un aveugle, à le contrefaire... que tu ne gagnerais à la charrue en un an, en travaillant comme un bœuf. » Tailleboudin montre à son ami le bras d'un soi-disant paralysé qui est le bras d'un pendu, plus loin ce sont des aveugles qui n'ont ni figure, ni forme de visage, des hommes aux bras crochus, sans nez, faisant pendre un jarret à la ceinture, d'autres imitent les épileptiques et les muets. Tous ces hommes, dit Tailleboudin, sont parfaitement sains. C'est pourquoi, dit-il, on appelle à Paris la « Cour des Miracles », ou à Bourges « la rue des Miracles », le lieu où ces gueux, qui, en ville, sont « tortuz et contrefaitz », deviennent « droitz, allègres et dispos ».

Parmi ces faux mendiants, il y a des femmes qui tordent la tête de leurs nouveau-nés, les rendent bossus ou leur apprennent à faire l'aveugle en retournant les yeux, afin de leur assurer un gagne-pain.

Tailleboudin étale d'ailleurs lui-même une plaie affreuse sur sa jambe. Il peut l'enlever en quelques instants. Il peut la reconstituer rapidement et donner une apparence maladive à son visage.

En Espagne et en Italie le nombre des faux mendiants était encore plus considérable.

Le moyen âge fut l'âge des faux mendiants. Ce n'est que vers le début de ce siècle que les derniers éléments ont disparu de France.

Dans les temps modernes, la simulation de maladies n'a pas disparu, mais elle a changé, non de procédés, mais de clientèle. Les mendiants n'y ont plus guère recours, on la trouve chez les ouvriers et surtout, en temps de guerre, chez les soldats. Ceux-ci sont de vulgaires simulateurs qui fabriquent leurs dermatoses dans une intention frauduleuse, par pur intérêt. La simulation a particulièrement sévi pendant la guerre 1914-1918 dans l'armée allemande, et les médecins allemands, dans leurs nombreuses publications, n'hésitèrent pas à tout rattacher à l'hystérie.

Or, avec l'avènement de l'ère neurologique et en particulier depuis CHARCOT, l'Ecole française s'est attachée à démontrer que les manifestations cutanées de l'hystérie ne pouvaient s'identifier à la pathomimie. On peut néanmoins dire avec DIEULAFOY que « le pathomime est comme l'hystérique, un malade qui contrefait à l'usage des médecins une maladie ».

C'est Paul BOURGET, en 1908, qui forge le mot pathomimie (*pathos*, maladie; *mimeomai*, simuler) à l'occasion de la révélation par DIEULAFOY d'un pathomime qui, depuis plus de deux ans, avait dérouté tous les grands médecins de Paris. Ce malade fait alors entrevoir l'apparition d'une classe nou-

velle de pathomimes, les pathomimes psychopathes. HUTCHINSON signalait déjà, en 1876, l'association d'une dyshidrose et d'un tempérament hautement névrotique.

Depuis, les dermatologistes, en union avec les psychiatres, ont cherché une origine psychosomatique à diverses affections cutanées et les nombreux travaux effectués ont été souvent couronnés de succès. La médecine psychosomatique représente une réaction contre la tendance croissante à ne plus se référer qu'aux examens de laboratoire pour étudier l'organisme malade et à négliger l'étude du fait psychique. Notre époque moderne est riche d'attitudes nouvelles qui tendent à rétablir l'unité de l'être, à connaître les relations du psyché et du soma.

Y a-t-il des limites bien caractérisées entre les pathomimes intéressés ou volontaires et les pathomimes psychopathes ? En effet, les premiers ne jouissent peut-être pas d'un état mental absolument normal, ce qui justifierait la place des dermatoses qu'ils présentent dans le groupe des dermatoses dues à un trouble mental. On pourrait appeler « simulateurs » les premiers et réserver le terme de « pathomimes » à « cette curieuse catégorie de psychopathes qui s'infligent des blessures ou des maladies pour leur seule satisfaction, on dirait presque pour leur plaisir » (DIEULAFOY). On peut chez ceux-ci observer tous les degrés depuis le simple badigeon des joues avec du rouge à lèvres, que se faisait une petite fille dans le but d'alarmer sa mère, jusqu'à l'amputation des membres. Mais la malade PAUTRIER et SILBER qui alla jusqu'à se laisser amputer des doigts, pour des lésions qu'elle provoquait elle-même, dans le but de rester à l'hôpital, nous laisse entrevoir que l'intérêt peut aussi se glisser chez le psychopathe.

Ainsi donc il n'y a plus de limites bien nettes entre les deux groupes puisque le simulateur vrai peut fort bien présenter un état mental perturbé et que le pathomime peut lui aussi agir par intérêt.

Nous conserverons malgré tout, la division en :

— pathomimes volontaires ou intéressés, et

— pathomimes psychopathes,

bien que les dermatoses simulées soient identiques dans l'un et l'autre cas.

Certains malades, appelés sursimulateurs, aggravent des lésions préexistantes. Ils ne constituent pas une classe nosographique, étant donné que la sursimulation ne préjuge pas du processus pathogénique, et que l'on trouve aussi bien des sursimulateurs parmi les pathomimes que parmi les simulateurs vrais.

DIAGNOSTIC DE LA SIMULATION ET MODES DE PRODUCTION

Tous les dermatologistes ayant eu à faire le diagnostic de pathomimie savent combien cela est difficile jusqu'au moment où le soupçon vient à l'esprit. Mais ce soupçon naît souvent après de longues semaines où tous les diagnostics sont tour à tour envisagés et où la thérapeutique est inopérante. A ce moment-là tout devient facile et le diagnostic de pathomimie peut être porté sur :

1° L'étrangeté des signes cliniques : le début se fait souvent par des bulles ou des escarres, d'apparition brusque et d'emblée maxima;

2° Les lésions apparaissent en des points que la main peut atteindre facilement;

3° Les lésions ont des formes peu communes en dermatologie : contours polygonaux, rectangulaires, segments rectilignes, angles bizarres, formes invraisemblables (étoilées, triangulaires ou, au contraire, cercles d'une étonnante régularité). Ce sont des dermatoses inclassables;

4° Les récidives sont incessantes, capricieuses;

5° Les brusques et rapides aggravations lorsqu'on annonce la sortie du malade;

6° La transformation sans raisons d'un type clinique en un autre type clinique;

7° La résistance thérapeutique étrange;

8° La guérison rapide lorsque sont appliqués des pansements occlusifs qui empêchent le maquillage;

9° La récidive lorsque le pansement a été truqué. D'habiles truqueurs de plâtres ont même été signalés;

10° L'apparition d'éléments en dehors du pansement ou à sa limite;

11° Souvent les résultats des examens bactériologiques sont négatifs. Les résultats positifs n'ont pas de valeur absolue car les lésions peuvent s'infecter;

12° L'invraisemblance, les contradictions ou l'inexactitude dans les dires du suspect sont souvent relevées. Les lésions ne se produisent jamais en présence du médecin, et sont pourtant d'apparition rapide, en moins d'une heure disent les malades.

13° L'enquête évolutive et étiologique rigoureuse : apparition lors d'un service pénible, au cours d'une permission, en fin de convalescence. Il ne faut pas négliger l'entourage du sujet, ses conflits, ses désirs, toute sa vie affective. Nous nous étendrons plus loin sur ce point.

Malgré tous les soupçons, toutes les certitudes que peut avoir le médecin, le malade refuse de reconnaître qu'il provoque lui-même ces lésions. Les gens de cette mentalité se gardent bien d'avouer. Ils ne font pas crouler d'un seul mot l'échafaudage qu'ils ont édifié depuis des mois. Il reste encore un moyen simple et également thérapeutique employé pour la première fois en dermatologie par les Américains en 1937 : la narcoanalyse. A ce propos il nous faut citer *in extenso* la relation qu'en fait un médecin parisien sur un journal médical, relation qui montre combien il a fallu lutter pour faire admettre des idées aujourd'hui reconnues par tout le monde. Mais laissons parler le chroniqueur : « Une jeune fille de 14 ans présente pendant un an sur le front, puis sur les bras, les jambes et sur tout le corps des lésions de la peau inclassables. Le diagnostic de pathomimie est alors porté; restait à obtenir l'aveu.

» Là où Dieulafoy procède par d'éloquentes adjurations, les Américains, gens terre à terre, eurent recours à un « truc »

qui sera peut-être un jour le dernier recours des gens de justice contre les criminels.

» Une solution de sodium amytal ou « drogue des aveux spontanés » à 6 cg par cc est injectée. La jeune fille devient somnolente sans période d'excitation. A ce moment, le médecin lui expose de quoi elle était accusée et l'invite à chercher dans son subconscient le « trauma » original. Non seulement la jeune fille ne nie plus, mais elle s'emploie le plus obligeamment du monde à fouiller ce subconscient qui commence à devenir une charge bien lourde pour les contemporains, ne trouvez-vous pas ? Il s'agissait d'un refoulement d'ordre sexuel qui l'avait rendue morose, irritable et lui avait donné l'idée de se défigurer.

» Le refoulement fut refoulé à son tour et le front de la demoiselle redevint pur comme une matinée de printemps. »

Nous ne ferons qu'évoquer les modes de production des pathomimies. En effet, tout ce qui colore, tout ce qui attaque la peau est susceptible de servir au simulateur. Ce sont les agents externes, physiques ou chimiques qui sont les plus employés : grattage avec les ongles, coupures, brûlures par cigarettes, eau chaude, acides et alcools dilués, piqûres septiques, l'huile de croton, etc., tout a été employé et il est impossible de donner une nomenclature, l'ingéniosité des pathomimes étant inépuisable.

Mais les simulateurs volontaires, intéressés, ont trouvé un moyen ingénieux de provoquer des dermatoses. Ces sujets se sont aperçu que certains corps tels que l'aspirine, le sédormid, les sulfamides, ou bien le ciment, la farine, les huiles, etc., leur faisaient apparaître des maladies de peau. Ils se sont découverts allergiques à de tels corps. Ils ne simulent pas une maladie qu'ils ont effectivement mais ils la font apparaître selon leur bon vouloir pour en tirer le plus souvent des bénéfices divers.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

L'application du concept psychosomatique à l'étude des maladies cutanées rentre dans le cadre des tendances modernes de la médecine, qui considère l'individu malade d'un point de vue intégral. Les auteurs de langue française, et depuis quelques années les dermatologistes et psychiatres français ont abordé l'étude systématique de l'élément psychologique dans certaines dermatoses longues, récidivantes ou rebelles, déjouant habituellement les thérapeutiques. Toutes les dermatoses n'ont pas forcément un point de départ psychique. Cela nécessite un déséquilibre émotif ou psychique affectif et un terrain naturellement prédisposé.

Il est visible que la peau est le siège de manifestations particulières d'états d'âmes comme la rougeur, la pâleur, la sueur.

Le facteur psychique doit être mis à côté des facteurs organiques, bactériologiques, allergiques. Il permet de résoudre le problème diagnostique et thérapeutique de certaines maladies cutanées. C'est ainsi qu'à la lumière des conceptions modernes sur les relations du psychisme et des affections somatiques, certaines dermatoses entrent dans le cadre des maladies dites psychosomatiques. Il est habituel de trouver à la base de toutes ces manifestations névropathiques de grosses frustrations affectives remontant à l'enfance et de multiples traumatismes psychologiques.

Ainsi, le but pratique de l'examen psychosomatique est la psychothérapie. Nous analyserons les modalités de cet examen qui comprend :

— le simple interrogatoire, la conversation,
— les tests (RORSCHACH, T.A.T.),
— l'électroencéphalogramme,
— la narcoanalyse.

Interrogatoire.

Dès l'abord, nous nous heurtons à une grosse difficulté. En effet, la dermatose est une maladie visible pour le médecin et pour le malade. Personne ne peut la nier, il n'y a pas d'équivoque dans son existence propre, la maladie n'est pas de l'imagination. Dans ces conditions, on comprend qu'aborder un problème psychologique avec un malade dont la maladie physique est là, évidente, visible, est rarement chose aisée. Parler d'emblée de problème psychologique est, pour lui, une atteinte à la dignité. On semble vouloir trouver chez lui quelques signes de perturbation mentale, alors qu'il se sait parfaitement bien équilibré. La réaction initiale du malade à cet examen est importante à noter. Une fois franchi ce cap difficile qui demande habileté, souplesse, compréhension et patience, l'interrogatoire sera conduit de façon à ne rien ignorer de :

— l'enfance et du développement,
— la sexualité,
— du mariage,
— et des événements qui ont précédé la maladie.

Enfance et développement :

Il n'est nul besoin de rappeler combien, ainsi que FREUD et ses successeurs l'ont montré, nous sommes liés tout au long de notre vie adulte dans notre comportement et nos attitudes, à notre naissance, notre croissance, notre enfance. En dermatologie, il semble que les caresses, les soins corporels et tout ce qui touche à la peau puisse avoir un rôle, s'il s'ajoute par ailleurs une raison psychologique de « faire une maladie ». Dans ces conditions ce pourrait être une maladie de peau. Mais qui a été exempt, étant enfant, de caresses, de soins corporels et qui fait des maladies de peau ? La proportion semble tout de même extrêmement faible.

La frustration affective de l'enfance, le manque de sécurité qui en résulte, le retard ou la déviation du développement affectif, le manque de maturité affective semblent d'une grande importance dans de nombreux troubles psychosomatiques. L'équilibre de développement affectif et caractériel de l'enfant est essentiellement fonction de l'entente harmonieuse et de la cohérence du couple parental. On ne saurait trop insister sur la très lourde responsabilité des parents.

En effet, l'éducation du jeune enfant, futur adulte, est et doit être faite par les parents. Chez l'enfant, en face des pulsions primitives qui ne demandent qu'à s'exercer, un organisme réflexe va s'élaborer, destiné à réglementer en quelque sorte cet exercice. Il sera fait des interdictions subies : ces interdictions viennent du monde inerte ou vivant (objets, animaux), mais elles viennent également du monde humain immédiat, c'est-à-dire de l'entourage familial, lui-même dépendant de préjugés de caste, de classe, de race ou de culture. Pour que le moi conscient de l'enfant élabore ses conduites rationnelles sa morale, à la lumière de l'esprit, il faudrait que les interdictions qui le suscitent ou le construisent soient toutes parfaitement bien adaptées, logiques, souples, conformes à la nécessité objective du monde réel. Il faut qu'elles soient subtilement nuancées.

Un enfant qui manque de l'affection chaude de ses parents, à l'âge des tous premiers mouvements affectifs, partira dans l'existence avec ce lourd handicap qui risque de déséquilibrer pour toujours son fond affectif. Le nombre d'enfants caractériels que l'on compte dans les foyers dissociés, « libres » ou divorcés le montre amplement. Ils auront toujours de plus ou moins impérieux retours des besoins primitifs sous des formes symboliques : obsessions, phobies, nervosités se manifestant par les ongles rongés, angoisses, etc.

Le sentiment de frustration apparaît au moment du conflit œdipien. Le petit garçon qui a, jusqu'alors, totalement dépendu

de sa mère, découvre affectivement, avec l'élaboration progressive de ses facultés de perception, qu'un troisième personnage est dans le circuit, le père, dont il constate l'importance dans la vie affective de sa mère. Il se sent frustré d'une exclusivité à laquelle il croit avoir droit. Ce n'est pas à 4 ou 5 ans qu'on peut raisonner... Pour franchir ce stade, il va falloir renoncer à un mode affectif devenu trop passif à l'égard de sa mère; il va falloir cesser de la regarder comme un objet totalement à son service, mais comme une personne qu'il faut chercher à reconquérir en quelque sorte, en s'alignant sur le comportement du père qui semble, lui, avoir réussi dans cette tâche. La moindre défaillance dans l'unité du couple parental, la moindre sensation subjective d'abandon chez l'enfant, avant ou pendant ce stade, tout cela risque d'entraver ce très difficile rétablissement affectif, d'inscrire dans le psychisme de l'enfant une frustration douloureuse, et de provoquer le réflexe de « repli sur soi » qui compromettra son évolution idéale ultérieure.

L'incroyable fréquence de traces défectueuses, légères ou graves, de cette étape primordiale montre bien qu'il ne s'agit nullement de la construction gratuite de psychologues théoriques en mal d'hypothèses. Si la frustration provoque aussitôt une fixation régressive sur un passé mal liquidé, elle provoque également, de manière toujours réflexe, la recherche d'une compensation. Le petit enfant, déjà éduqué à la propreté, n'hésitera pas à uriner au lit de nouveau quand son petit frère fait son apparition dans le monde, pour récupérer par tous les moyens l'attention de sa mère qui a forcément changé d'objet.

Sexualité :

Dans l'élaboration de l'instinct sexuel, ce phénomène de la compensation réflexe active est de toute première importance.

Le climat habituel de silence qu'entretient l'éducation à ce sujet est fort peu propre à préparer l'adolescent à franchir

au mieux cette étape difficile. Il a toutes les chances pour que son adaptation, faite au hasard des réactions instinctives ou des conversations à mots couverts, soit cruellement insuffisante et qu'il n'arrive à intégrer, à dominer, et non refouler, convenablement sa poussée sexuelle. Au cours de cette rupture d'équilibre, le sentiment de frustration est toujours prêt à se réveiller, le retour narcissique toujours sous-jacent, la compensation auto-érotique à manifestation sexuelle toujours prête à s'installer. Si cette habitude auto-érotique ne fait en somme que traduire un état psychologique d'étape mal franchie, elle va jouer secondairement un rôle à son tour néfaste d'installation dans un compromis foncièrement inadéquat : toute la vie affective, sur le plan de l'instinct, se trouvera bloquée à ce niveau régressif et obsédant.

Mariage :

Les difficultés de la vie conjugale peuvent être dues soit à des fixations parentales, soit à des traces mal liquidées de cette phase pubertaire dont l'attitude auto-érotique à retardé l'évolution. Elles tiennent à des persistances de véritable adolescentisme instinctuel. Elles se feront sentir dans l'acte sexuel lui-même, soit que le désaccord sexuel traduise une insuffisance de l'harmonie des instincts, soit que ce désaccord prenne précisément une importance quasi obsédante, retentissant sur l'ensemble de la vie commune. Bien des « femmes frigides » ne le seraient sans doute pas si la phase pubertaire de leur mari s'était bien passée. Pour des raisons de fixation on peut rencontrer une impuissance totale ou un besoin sexuel faible chez l'homme.

Pour résumer cette importante période qui va de la naissance à l'âge adulte, période qui laisse le plus de traces dans l'individu, nous retiendrons :

— la dysharmonie du couple parental, les conflits familiaux étant très perturbateurs,

— la frustration de besoins affectifs,

— la fixation parentale,

— le manque de sécurité,

— la mauvaise éducation sexuelle avec ce qui peut en découler : auto-érotisme, frigidité, impuissance qui entraîne automatiquement des troubles dans de jeunes foyers qui cherchent leur équilibre.

Circonstances psychologiques :

Inventorions maintenant les circonstances psychologiques qui ont précédé la maladie.

En dermatologie, la maladie ne reste pas longtemps inaperçue, et le lien peut facilement être mis en évidence.

Au moment de l'apparition de la première poussée on relève, très souvent, une situation pénible, conflictuelle (mariage, grossesse, naissance d'un enfant, changement même heureux de situation). Parfois, même, il s'agit de résolution de conflits, le sujet n'a plus de crainte ou de souci à avoir.

Au moment des récidives, on note le même conflit, la même réaction consciente.

Quelles sont les réactions du sujet à cette nouvelle situation ? Comment le malade a accepté ou accueilli la circonstance ? Comment il réagit ?

Savoir ce que le sujet aurait aimé faire au moment du conflit, si les choses se sont passées comme il le désirait.

Les réactions sont de deux ordres :

— la circonstance émotionnelle entraîne un état anxieux;

— le sujet minimise ou nie la réaction affective.

Il est important de connaître sa façon de réagir vis-à-vis de la maladie, l'importance qu'il y attache, le gain secondaire qu'il peut en retirer, les causes de couverture qu'il invoque pour expliquer sa maladie. Le malade se sert-il de sa maladie pour attirer l'attention et les soins de son entourage sur lui.

Parfois, le gain est minime à côté des inconvénients de la maladie, et l'on découvrira une structure masochiste du malade. En général, les pathomimes psychopathes ne retirent

de leurs actes que peu ou pas de profit, de bénéfice. Signalons à ce propos qu'une malade de MORIAME a finalement constitué un syndrome toxique avec :

1° Néphrite chronique (hématurie, cylindrurie et altération de la fonction urique);

2° Hypertension avec extrasystolie cardiaque;

3° Polynévrite motrice des membres inférieurs;

4° Troubles de l'équilibre protéinique.

La simulation ne va pas toujours sans inconvénients graves.

Mais ils éprouvent une joie intense à se rendre intéressants et à se faire plaindre. Ils ont une grande satisfaction à mystifier leur prochain, ils n'ont pas de confidents, ils gardent leur secret pour eux avec un soin jaloux et une fois engrenés dans cette voie néfaste, ils s'y complaisent, ils ne peuvent plus en sortir, ils n'ont pas de volonté.

Après avoir cherché à connaître l'individu, nous devons essayer de comprendre le mécanisme dynamique qui conduit à la formation du symptôme. Chez les malades, les mécanismes psychologiques sont variés, et le moment du traumatisme peut être situé au stade du miroir, au stade œdipien, avant ou après les stades d'évolution de la libido.

Le malade s'identifie à une image parentale, ou bien il se trouve devant un conflit qui remet en cause le problème de l'identification. Il a besoin de s'accrocher à une identification paternelle ou maternelle par crainte de l'autre, ou de nier violemment l'identification crainte ou désirée.

Comment le malade résout-il, en dehors de l'identification, des pulsions et des tendances opposées : son agressivité, son besoin d'amour, son activité.

Quels sont les moyens de défense mobilisés par le malade : Projection, isolation, annulation, etc.

Ainsi, nous avons envisagé la situation du malade sous tous ses aspects :

— relations avec son entourage,

— occupations habituelles,
— préoccupations morales,
— vie sexuelle,
— vie passée,
— réactions devant les facteurs émotifs; les émotions dépressives, même minimes, mais persistantes et répétées, constituent un facteur plus important que les grands chocs émotifs.

La conversion du psychique en somatique serait donc un mode de soulagement de l'angoisse qui, transformée en manifestations organiques, deviendrait plus facile à supporter par le sujet que la maladie psychique elle-même.

Nous devrons remarquer que les femmes forment la majorité des pathomimes psychopathes. Cela tient au fait que l'on rencontre un pourcentage plus élevé de névroses chez les femmes que chez les hommes. Par contre les hommes sont plus volontiers des simulateurs intéressés.

Un classement des types conflictuels et caractériels dans chaque dermatose a été tenté.

— L'eczéma viendrait d'une érotisation et du report des pulsions au niveau des zones eczémateuses.

— L'urticaire apparaît sur un fond de passivité et de dépendance.

— Le prurit a une valeur compensatrice et auto-punitive devant une inaptitude névrosique à la satisfaction sexuelle normale.

— Le psoriasis serait l'aboutissement de pulsions exhibitionnistes.

— L'alopécie, outre l'étiologie émotionnelle bien connue, serait une réaction du type auto-punitif inconscient.

Devons-nous admettre qu'il y a des types spéciaux de personnalité accompagnant telle dermatose ? Ce serait pousser très loin la systématisation, et l'on peut se demander si ces recherches sont d'un grand secours dans le diagnostic et la thérapeutique de l'affection causale.

Les tests.

Les tests de projection de la personnalité nous seront un précieux appoint pour gagner du temps dans la recherche de la personnalité de l'individu. Ils permettent de préciser les conflits, les complexes, les refoulements du sujet.

— *Le test de Rorschach* nous renseigne sur la structure mentale du malade, sur les mécanismes névrotiques ou psychiatriques, sur les modes d'appréhension particuliers à certains groupes de maladies psychosomatiques. Des auteurs ont trouvé un certain nombre d'interprétations partant de sensations tactiles chez les malades atteints de dermatoses.

— *Le Thematic Aperception Test* de Murray (T.A.T.) permet de déterminer plus rapidement que par l'interrogatoire les conflits infantiles et les modes de réaction de défense.

— *Le Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (M.M.P.I.) comprend cinq cent cinquante fiches portant chacune une proposition séparée, par exemple : Je suis somnambule - J'ai beaucoup de maux d'estomac - que le sujet classe en trois piles correspondant aux mentions : vrai, faux, je ne sais pas.

Les questions sont choisies pour se rapporter aux rubriques : hypochondriaque, déprimé, hystérique, psychopathe. paranoïa, etc. Si une rubrique dépasse soixante-dix fiches, le sujet est pathologique dans cette rubrique.

— *Le test de Wechsler-Bellevue*, condensé d'épreuves plus anciennes (Army Test, Binet-Simon, Termon) donne d'utiles indications en jaugeant le niveau global du sujet.

Il permet d'enregistrer des écarts entre les scores des subtests. Certains subtests sont stables, d'autres électivement touchés. L'écart entre les résultats des tests stables et les résultats des tests non stables définit la détérioration mentale psychométrique.

Electro-encéphalogramme.

La pratique de l'E.E.G. dans les dermatoses psychopathiques en est encore à ses débuts. Son étude peut se révéler intéressante. Nous citerons le compte rendu d'électro-encéphalogrammes pratiqués par BUREAU sur deux pathomimes.

Une jeune fille de 14 ans qui présente des lésions d'aspect bulleux a :

« Un tracé très altéré, une sensibilité anormale à l'épreuve de l'hyperpnée faisant apparaître des décharges de pointes-ondes bilatérales et synchrones prédominant dans les régions frontales. Il existe également de nombreuses ondes delta se généralisant sous l'influence de l'hyperpnée. Conclusions : très grosses altérations à point de départ diencéphalique. » Le rapport du psychiatre déclare qu'il est probable qu'à l'origine de ces lésions provoquées il existe un conflit affectif.

La deuxième malade est une jeune fille de 19 ans présentant des lésions qui font aussi soulever le diagnostic de Dühring. Le psychiatre conclut à un léger déficit mental et pense que la pathomimie a été provoquée par des troubles affectifs, retrouvés à l'interrogatoire. L'électro-encéphalogramme montre « l'existence d'altérations importantes caractérisées par :

» 1° Un rythme de base, le plus souvent trop lent, à 7 c/sec., surchargé de fréquences plus basses encore;

» 2° Au cours de l'hyperpnée, des paroxysmes bilatéraux et synchrones de grande amplitude; il s'agit le plus souvent de décharges de pointes — ondes dégradées.

» Conclusion : anomalies bilatérales indiquant un dérèglement des fonctions diencéphaliques. »

Nous devons remarquer que la peau est contrôlée par le système hypothalamovégétatif, son dérèglement, sous l'influence corticale, donne lieu à la dermatose psychogène.

Mais, cliniquement, la plupart des lésions hypothalamiques et des dystonies neurovégétatives ne donnent pas lieu à des troubles cutanés.

Narco-analyse.

L'emploi de la narcose sous pentothal est d'un grand secours dans le diagnostic des dermatoses provoquées.

Si les dermatoses s'accompagnent d'un état névrotique, elle permet au malade de parler plus librement des conflits qu'il aurait du mal à extérioriser normalement, de prendre conscience des conflits qu'il a tendance à minimiser, de faire revivre le « trauma » et son cortège émotionnel que le sujet a oublié. Nous ne ferons que rappeler l'observation américaine citée plus haut. Mais il y a une ombre au tableau. Il arrive souvent que même sous narcose, le malade refuse d'avouer son automutilation. Il se produit ce que les psychiatres appellent un « phénomène de barrage ». Il faut répéter, dans ces cas, les narco-analyses, pendant deux ans s'il le faut, des résultats ayant été obtenus à cette date.

On ne doit pas demander la permission au sujet, sinon on provoquera immanquablement le « phénomène de barrage ». Si on pratique la narco-analyse pour avoir la certitude d'un diagnostic, celle-ci est légalement autorisée, mais on ne peut s'en servir pour dénoncer les patients à la justice. Nous faisons allusion là aux diagnostics de simulation dans la mèdecine du travail.

ASPECT MODERNE DU DIAGNOSTIC DE SIMULATION
LE DIAGNOSTIC HISTOPATHOLOGIQUE

Au moment où nous aurions pu croire à l'échec de notre dernière ressource diagnostique, la narco-analyse, voilà qu'apparaît une nouvelle possibilité d'affirmer la simulation, c'est le diagnostic histopathologique qui, joint au contexte clinique et psychologique du sujet, nous permettra de faire un choix certain dans un diagnostic hésitant.

En effet, tout récemment, certains auteurs ont commencé l'étude histologique des lésions et VAN DER MEIREN (Bruxelles) rapporte l'examen pratiqué sur deux pathomimies. Les structures observées objectivent une agression brutale de l'épiderme par absorption et infiltration d'un liquide caustique disposé à la surface.

Le premier cas objective « un processus de bulles vaguement acantholytique avec nécrose homogène du corps muqueux; l'épiderme prend un aspect frangé : des cellules épidermiques conservent leur colorabilité, elles sont effilées, laminées et séparées par des espaces clairs correspondant à des cellules malpighiennes lysées et envahies par des polynucléaires. Sans transition, assez brusquement, l'épiderme reprend sa morphologie normale ».

Dans le deuxième cas : « Tant dans le plan vertical que dans le plan horizontal, des parties saines de l'épiderme voisinent sans transition avec des segments gravement endommagés. Sous une couche cornée bien conservée, des portions superficielles du corps muqueux, capricieusement dessinées, se sont désagrégées, créant des images de phlycténisation sous-cornée. On observe, en dehors des zones de phlycténisation, dans des portions bien conservées du corps muqueux de volumineuses cellules ballonnisées voisinant avec des cellules normales. »

Ainsi, l'apport de l'histologie n'est pas négligeable. L'intensité, l'étendue des processus nécrobiotiques, la bizarrerie de dis-

tribution des agressions cellulaires, telles que des segments normaux d'épiderme s'interposent sans transition avec des portions gravement endommagées, méritent toute l'attention lorsque le diagnostic de dermatose de simulation est suspecté. La couche cornée persiste; la protection de la granuleuse contre l'attaque des alcalis ou des acides préalablement dilués est assurée par la présence de kératine.

THERAPEUTIQUE

Les différents éléments de l'examen permettent de décider du type de psychothérapie appropriée à adopter : psychothérapie brève, de soutien, psychotérapie active; psychothérapie longue, en profondeur.

Là aussi la narco-analyse occupe une place privilégiée. « La narco-analyse peut être employée comme procédé général de diagnostic, comme procédé d'abréaction, comme procédé de thérapeutique analytique, comme procédé de suggestion thérapeutique enfin. » (Cossa.)

La narcose sous pentothal permet de penser que, outre l'action de détente physique et morale qu'elle apporte, elle pourrait libérer le complexe émotionnel dans la mesure où il s'agit d'un conflit actuel greffé sur un conflit ancien ou non.

Quels résultats pouvons-nous attendre de l'emploi de cette thérapeutique ? Nous sommes en droit d'espérer des résultats aussi bons en dermatologie que dans les autres disciplines médicales et en particulier la neuro-psychiatrie.

Le premier succès signalé est l'observation américaine déjà citée, datant de 1937.

Garzon et Consigli (Madrid), après deux séances de narco-analyse, guérissent une jeune fille qui voulait se faire amputer des deux seins pour des lésions qu'elle provoquait « parce que, disait-elle, la Vierge lui avait demandé de souffrir pour expier les fautes qui se commettaient dans le monde ».

Une jeune malade de Romano (Naples) présentait des placards nécrotiques des deux côtés du visage. L'examen neuro-psychiatrique fait découvrir une personnalité de type hystérique, avec tendance à l'exhibitionnisme, un fort complexe d'infériorité et d'incapacité, une tendance à la dépression — son enfance fut particulièrement tourmentée. La narco-analyse,

qui révèle en outre une tendance homosexuelle inconsciente permet d'obtenir l'arrêt de la production des lésions qui cicatrisent rapidement.

Les auteurs belges signalent des guérisons de pathomimies après quatre narco-analyses.

Dieulafoy réalise une psychothérapie avec son malade qui le remercie « du service immense qui lui est rendu; il n'est plus sous le coup de cette obsession qui le tourmentait jour et nuit; il est exorcisé ».

La psychothérapie est sans aucun doute possible avec la malade du professeur Delmas-Marsalet qui « désire de tout son cœur qu'on lui enlève cette idée qui l'obsède et lui rend la vie impossible. Elle met toute sa confiance en ce docteur qui peut sans doute la guérir ».

La dermatologie psychosomatique a donc non seulement un intérêt théorique mais aussi un intérêt pratique puisqu'elle permet d'envisager une guérison définitive des dermatoses qui sont trop souvent un échec de thérapeutique.

OBSERVATIONS

En rapportant quelques observations nous nous devons de rappeler l'observation princeps de DIEULAFOY. Quelques observations sont anciennes et ne comportent pas d'examen psychologique. Pour les autres, plus récentes, les malades ont refusé de se soumettre à l'examen psychologique et l'électro-encéphalogramme.

OBSERVATION DE DIEULAFOY

Un homme de 30 ans présentait depuis plus de deux ans une affection gangréneuse. Le bras, l'avant-bras et le poignet gauche sont couverts d'escarres, de plaies, de cicatrices. Ce sont des plaques de gangrène sèche, sans odeur. L'escarre, par endroits, s'est détachée et a laissé à sa place une plaie rouge vif, sans suppuration. Les cicatrices sont indurées et chéloïdiennes. Des escarres nouvelles apparaissent en plein tissu cicatriciel. Il n'y a ni lymphangite, ni œdème. Cette affection n'est nullement douloureuse. La formation de plaques de sphacèle n'est précédée ni accompagnée d'aucune douleur. Il n'y a aucune règle dans l'apparition des escarres.

Les diagnostics les plus divers ont été évoqués, les thérapeutiques les plus variées ont été employées.

L'état général est bon, mais le malade est très affecté au point de vue moral. Un chirurgien propose l'élongation des nerfs du plexus brachial. L'opération pratiquée, des douleurs terribles se déclarent dans le bras, qui nécessitent des injections de morphine nuit et jour.

Une amputation du bras lui est alors proposée. Bien que le malade se serve aussi bien du bras gauche que du bras droit, il accepte. L'amputation est pratiquée.

Quelques mois après apparaissent sur le bras droit des escarres semblables. Tous les traitements échouent de nouveau. Des escarres apparaissent alors au membre inférieur gauche. Elles se produisent très vite, en moins d'une heure, le jour ou la nuit, et jamais en présence du médecin.

Dieulafoy l'abjure d'avouer qu'il est l'auteur de ces escarres et, finalement, le malade avoue qu'il produisait lui-même ces plaies avec de la potasse. « J'étais dominé par une idée fixe dont je ne pouvais me débarrasser, je m'étais laissé amputer le bras gauche, et je crois bien qu'un jour serait venu où, pour continuer la simulation, je me serais laisser amputer la jambe. »

Telle est la note psychologique de ce malade qui ne tirait aucun profit, bien au contraire, de sa maladie.

*
* *

OBSERVATION DU PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

Depuis trois ans, sans interruption, une jeune fille de 27 ans s'inocule volontairement des abcès sous-cutanés multiples (plus de deux cents).

A 20 ans, elle présente un zona intercostal qui évolue vers la suppuration. Quelques mois plus tard, des douleurs lombaires droites apparaissent, avec hématurie et albuminurie importantes, qui sont rattachées à une tuberculose rénale droite. On pratique une néphrectomie droite.

Deux ans après prend corps l'idée de provoquer des abcès sous-cutanés, que la malade décrit dans les termes suivants :

« Je me suis trouvée très nerveuse à ce moment-là, j'avais toujours mal à la tête, je me mettais en colère sans motif, jetant mon ouvrage par terre, je dormais peu, et ce sommeil lui-même était agité, troublé par des cauchemars, des visions de vipères, la vision aussi d'un homme armé d'un bâton qui voulait me tuer. Mon médecin avait décidé de me faire des injections médicamenteuses.

» A la suite de ces injections, un abcès me vint qui me fit beaucoup souffrir, mais me donna une joie intense, un calme inexplicable. Après cet incident, l'idée me vient de me faire moi-même des piqûres dans l'intention de me provoquer des abcès. Un jour, après avoir bien hésité, mais n'y tenant plus, je me suis injecté de la salive : quelques jours plus tard j'avais un abcès qui dut être incisé. Je n'ai pas eu de cesse après, jusqu'à m'en faire un autre; je cédais à une sorte de voix intérieure qui me répétait sans cesse : « Fais-en un »; plus je souffrais, plus

j'étais heureuse, et, me complaisant dans cet état de souffrance, j'ai récidivé; dès la piqûre faite, je me sentais heureuse et j'attendais avec impatience le moment de l'incision qui me faisait plaisir aussi. »

Cette provocation d'abcès apparaît comme une manière de remède opposé à un état d'inquiétude ou de souffrance morale.

*
* *

OBSERVATION : CLINIQUE DE DERMATOSYPHILIGRAPHIE DU PROFESSEUR JOULIA

Mlle C... (Monique), 17 ans, lycéenne, est adressée dans le service après consultation du professeur Joulia pour une dermatose d'aspect bulleux localisée aux jambes et aux poignets, évoluant par poussées, surtout en automne.

D'après les dires de la malade, le début remonte à trois ans environ. Dans le courant du mois d'octobre 1953, la malade constate l'apparition inopinée, au tiers inférieur de la face postérieure de la jambe droite, d'une sensation de cuisson, de brûlure superficielle qui dure quelques heures, se manifeste surtout dans la matinée et à laquelle succède sans autres manifestations et en particulier sans prurit. le développement progressif d'une bulle épidermique qui se soulève jusqu'à atteindre le volume d'une noisette.

Cette bulle persiste pendant deux ou trois jours, puis l'épiderme mince se crève, laissant perler quelques gouttes de liquide clair. L'épiderme superficiel se racornit, découvrant une ulcération sous-jacente à bords polycycliques, un peu épaissis, entouré d'une zone infiltrée et violacée. Le fond est un peu bourgeonnant et douloureux, avec un léger suintement. Cette ulcération ne tarde pas à se surinfecter, s'accompagnant alors d'une réaction inflammatoire périphérique avec suintement séropurulent.

Après un traitement local à base de pommade (vitamine F-auréomycine) l'ulcération se ferme lentement et, au bout d'un mois, laisse une cicatrice arrondie, déprimée, avec épiderme brillant.

En 1954, toujours suivant le même mode évolutif, la malade, dans le courant de l'automne, fait encore deux poussées toujours localisées

à la partie inférieure de la face postérieure des jambes. Elle attribue cela à sa mauvaise circulation et ne s'en inquiète pas autrement.

En 1955, à l'occasion des mêmes manifestations, toujours sans température, ni réaction générale, la malade consulte le docteur M..., lequel fait le diagnostic de surinfection sur brûlure du second degré. Mais la malade nie l'existence de brûlures accidentelles ou provoquées à l'origine de ses plaies.

Depuis, nouvelles poussées dont la dernière au poignet droit. La malade est adressée au professeur JOULIA qui la fait entrer dans le service pour examens complémentaires.

Antécédents. — Héréditaires : R.A.S.; personnels : rougeole, varicelle.

Examen général. — Très bon aspect général.

Examen dermatologique :

On trouve, localisées dans le segment inférieur des deux jambes, des cicatrices d'anciennes poussées, petites et arrondies, brillantes et déprimées. La peau est grenue, un peu épaissie avec des placards un peu cyanotiques traduisant des troubles de la circulation.

Derrière le talon et au tiers inférieur de la face postérieuse de la jambe droite on trouve deux placards infiltrés, de couleur violacée, arrondis, de la taille d'une pièce de 5 francs, centrés par une ulcération irrégulière à bords polycycliques, à fond irrégulier, à suintement séropurulent. Ces ulcérations, qui datent d'un mois environ, ont un aspect atone; autour, la peau est un peu épaissie et infiltrée. Il n'y a ni lymphangite, ni ganglions, ni douleur, mais un peu de prurit seulement.

A la face palmaire du poignet droit, on trouve, récemment apparue, une petite zone d'allure inflammatoire où l'épiderme se soulève; le centre est occupé par une grosse bulle flétrie contenant un liquide citrin, de fines vésicules juxtaposées l'entourent.

En dehors de ces localisations, rien d'autre à signaler sur le reste du corps.

L'analyse du liquide de bulle est la suivante : quelques polynucléaires, pas d'éosinophiles, pas de germes.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le taux d'urée sanguine est de 0,32.

La vitesse de sédimentation est de : 15 mm pour la première heure, 44 mm pour la deuxième heure.

Le diagnostic de pathomimie vraisemblable est alors porté.

L'interrogatoire est difficile à mener pour percer les raisons de cette apparition. L'enfant se renferme et se cabre dès que l'on essaie de savoir pourquoi elle a provoqué les bulles.

Le docteur ARNE obtient l'aveu des manœuvres, sans précisions sur la technique, ce qui confirme le diagnostic, et conseille, en raison de la longueur du traitement psychothérapique, de laisser partir l'enfant chez elle et de la confier sur place à un psychiatre.

*
* *

OBSERVATION : CLINIQUE DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DU PROFESSEUR JOULIA

M^lle^ R... (Clorinde), 14 ans, apprentie vendeuse en chaussures.

En décembre 1955 apparaissent des lésions malaires très localisées à type de brûlure. On évoque alors les diagnostics de photosensibilité, ou pathomimie.

Ces lésions cicatrisent, mais reviennent lors de la reprise du travail et l'on décide de pratiquer des tests épicutanés.

La malade ne manipule que des chaussures teintes ou vernies, ne touche aucun produit d'entretien, emploie le savon de Marseille, du vernis à ongles et le shampooing Dop.

Le 24 mai 1956 les tests suivants sont pratiqués :

1° Paraphénylol : négatif;

2° Bichromate de potassium : positif;

3° Vernis à ongles : négatif;

4° Savon de Marseille : négatif;

5° Cuir vernis : endroit, négatif; envers; négatif;

6° Daim gris : endroit, négatif; envers, négatif.

Le 26 mai 1956 :

1° Pommade : négatif;

2° Shampooing Dop : négatif.

Le 28 mai 1956 :

1° Paratoluidène diamine : négatif;

2° Paratoluidine : négatif;

3° Pénicilline : négatif;

4° Streptomycine : négatif.

Le 31 mai 1956 :

1° T1 (lavande) : négatif;

2° T2 (géranium) : positif;

3° Citral : positif;

4° Geraniol : négatif;

5° Linalol : positif.

Le 2 juin 1956 :

Les lésions reviennent, évoquant une pathomimie. Les lésions sont créées, pendant la révélation des tests qui décèlent une allergie latente, au bichromate de potassium et aux parfums.

La malade est envoyée en consultation en neuropsychiatrie où, pendant un bref entretien, nous apprenons que les parents sont séparés depuis deux ans. La malade n'est pas revenue en psychiatrie.

*
* *

OBSERVATION : CLINIQUE DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DU PROFESSEUR JOULIA

M^lle^ D... (Alice), 15 ans, hospitalisée en 1935, présente un ulcère à la jambe droite, extensif, engainant et cryptogénétique, rebelle à tout traitement.

Cet ulcère conduit à l'amputation de la jambe après l'échec de la thérapeutique et l'allure généralisée des lésions.

Hospitalisée de nouveau en 1945 pour un ulcère de la jambe gauche de même allure que le premier et lui aussi rebelle à toute thérapeutique.

En 1946 elle présente une crise d'appendicite sans les signes habituels. Mais elle est opérée nuitamment par l'interne de garde. L'examen anatomopathologique de l'appendice est négatif.

Un mois plus tard, apparition d'une petite hémoptysie. On ne décèle rien au point de vue pulmonaire, mais on constate des lésions de grattage sur les gencives.

Le diagnostic rétrospectif est alors porté pour son ulcère de jambe, son appendicite, son hémoptysie.

On remarque alors que toutes ses poussées (ulcéreuses, appendiculaires, hémoptysie) coïncidaient, soit à sa sortie proche de l'hôpital, soit à l'occasion de pèlerinages.

L'ulcère, mis sous plâtre, est guéri en huit jours environ.

Il a été impossible d'obtenir l'aveu des manœuvres d'automutilation. Mais la malade souffrait d'un manque d'affection dans sa famille et se sentait choyée à l'hôpital.

Elle n'a pas voulu continuer à porter une jambe artificielle, donnant toute satisfaction esthétique, mais voulait à tout prix des béquilles et un pilon.

Elle serait arrivée à l'amputation de la jambe gauche si sa supercherie n'avait été découverte assez tôt.

*
* *

OBSERVATION DUE A L'OBLIGEANCE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ LECOULANT

Mlle B... (Marthe), 53 ans, est adressée par le professeur DE GRAILLY le 27 juin 1953 pour une lésion bulleuse du tiers inférieur de la jambe droite de la dimension d'une pièce, accompagnée d'éléments vésiculeux adhérents au-dessus de la lésion majeure. Le professeur DE GRAILLY signale que la malade a fait, il y a quinze à vingt jours, en même temps qu'un petit état fébrile, une plaque érythémateuse de la jambe suivie d'une formation bulleuse. La pénicilline a amélioré l'état général, non l'état local. D'autre part, avec des signes normaux de temps de saignement et de coagulation, Mlle B... fait de temps à autre des ecchymoses spontanées sans qu'on puisse incriminer une infection locale ou la prise de médicaments.

Antécédents. — Otites multiples. Paratyphoïde à 25 ans. Ménopause artificielle après opération faite par le docteur LEFÈVRE il y a vingt-trois ans. Pleurésie à 51 ans.

A l'examen, le 27 juin, on trouve une bulle de la dimension d'une pièce sur une plaque érythémateuse. La bulle ouverte laisse voir un tissu granulomateux. Mlle B... présente aussi une mycose interdigitale des pieds; éosinophilie à 8 %.

Après quelques lavages avec une solution de Dalibour et application de liniment oléocalcaire la lésion guérit en quinze jours. Le 6 septembre 1954 elle revient avec des plaques indurées rappelant l'érythème noueux aux membres inférieurs, avec douleurs articulaires et 38°2 de température.

On demande une radiographie pulmonaire qui signale : sclérose bronchovasculaire, transparence du tissu pulmonaire sensiblement normal; on note cependant une légère grisaille pleurale de la base gauche. Dans la suite, la malade ne peut plus se déplacer et nous demande en consultation avec le docteur G..., son médecin traitant. Elle présente d'abord des poussées de lésions nécrotiques, punctiformes, qui rappellent les tuberculides, et le diagnostic d'allergides est alors porté sans qu'on puisse faire le point sur la nature de l'éruption et son étiologie.

Mais des visites réitérées et impromptues permettent un jour de voir sur la face interne des cuisses une traînée nécrotique trop nettement tracée comme par un liquide et le diagnostic de pathomimie cutanée est posé.

Les éruptions se succèdent, passant du stade nécrotique, punctiforme, à l'ulcération gravatique occupant toute la face antérieure du tronc et la racine des membres; rares sur les seins et le visage, elles semblent plus localisées sur les régions accessibles. A cette époque nous essayons de confondre la malade qui se défend et ce sont maintenant les régions postérieures du tronc qui sont le siège de ces manifestations, mais cette fois à limites nettes; on a l'impression d'un artéfact créé par l'application d'un papier buvard ou d'un morceau d'étoffe imprégnés d'un liquide caustique.

Devant l'impossibilité de faire avouer la patiente et son incompréhension, soutenue par ses médecins et les confrères de la Sécurité sociale, nous abandonnons la malade sans pouvoir faire pratiquer un électro-encéphalogramme.

Nous apprenons par la suite que cette malade a pu bénéficier de la part des assurances sociales d'un séjour à La Roche-Posay, où le diagnostic de tuberculides a été posé, bien vite redressé par l'examen détaillé, puis à Font-Romeux.

OBSERVATION DE LA CLINIQUE DERMATHOLOGIQUE
DE L'HOPITAL DES ENFANTS
(Professeur agrégé LE COULANT)

Mlle B..., 15 ans, nièce d'un médecin, se présente à notre consultation avec des lésions impétigieuses à limites nettes du visage. Interrogée, elle avoue avoir pratiqué ces lésions avec de l'eau oxygénée à vingt volumes, dont elle décolorait une moustache naissante. Elle opérait cette mutilation pour éviter de rester pensionnaire dans un collège de Bordeaux.

*
* *

OBSERVATION DE LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE
DE L'HOPITAL DES ENFANTS

Mlle P..., 19 ans, bonne chez un jeune médecin, est hospitalisée à la demande de celui-ci, salle 20, pour des lésions profuses du visage à type bulleux. Les lésions se reproduisent malgré un traitement d'impétigo et une surveillance minutieuse du personnel.

Devant l'aspect trop rectiligne de certaines manifestations, nous obtenons des aveux. Cette jeune personne voulait attirer l'attention du confrère sur son état.

*
* *

PONIEDEL signale une jeune femme de 20 ans, travaillant avec un fort sentiment de grief, qui présente pendant sept mois des poussées de conjonctivite, d'érythème, de bulles que l'on attribue, soit à l'argyrol, soit à des brûlures par contact de bouteilles d'eau chaude.

*
* *

GATE signale le cas d'une jeune fille dont le médecin fait le diagnostic de blennorragie devant des membres de la famille. Cela déclenche un drame de famille, et la jeune fille fait une dépression nerveuse à la suite de laquelle apparaissent des placards cutanés ulcéronécrotiques qu'elle provoquait elle-même.

Une malade de ROMANO, âgée de 17 ans, présentait des excoriations multiples, plus ou moins profondes, du visage, des mains et des jambes. L'examen neuropsychique révèle : une frigidité, un processus d'inhibition qui conduisent à l'aménorrhée, une phobie de la contagion avec idée fixe d'ectoparasitose, le tout né après une enfance particulièrement malheureuse où elle a subi de nombreux chocs, ressentis par toute sa personne.

* * *

COSYNS-DURET et MORIAME nous présentent plusieurs cas de pathomimie desquels nous pouvons extraire ceux-ci :

Une jeune fille de 16 ans voit apparaître des phlyctènes multiples sur la face dorsale de l'avant-bras.

Elle éprouve de violents sentiments d'infériorité. Sa vie a été jusqu'ici une succession de frustrations. Abandonnée par sa mère, elle est souvent battue par sa mère adoptive, éthylique chronique.

Une femme âgée de 54 ans, débile mentale, ayant connu de nombreuses frustrations, en proie à des difficultés de toutes espèces (mari buveur, volage, difficultés matérielles) cherchait un refuge dans une maladie fictive, la pathomimie.

Une malade polyopérée, ayant connu depuis son enfance des difficultés de tout ordre, n'étant pas heureuse en ménage : mari homosexuel, incestueux et présentant de grosses tendances mythomaniaques, fait une pathomimie.

* * *

OBSERVATION DUE A L'OBLIGEANCE DU DOCTEUR FRUCHARD

M. B... (Yves), 30 ans, cimentier.

Depuis trois ans environ, le malade présente des poussées récidivantes d'eczéma dû au ciment.

Les lésions, très importantes lors du début de la première saison à La Roche-Posay, ont presque disparu à la fin de celle-ci. Le malade pourra reprendre le travail pendant trois mois sans faire d'eczema.

Le retour des lésions incite le malade à tenter encore le traitement thermal qui, une deuxième fois, le nettoie complètement.

Les tests épicutanés ont été positifs au bichromate de potassium, ce qui est de règle, et au leucoplaste, ce qui est très fréquent.

Au cours des entretiens que le médecin thermal eut avec son malade lors de la deuxième cure, ce dernier lui raconte comment il « utilisait » le « test au leucoplaste » pour déclencher à volonté un eczéma sur les doigts en les enveloppant d'adhésif, afin d'obtenir un arrêt du travail.

CONCLUSIONS

Les pathomimies cutanées, affections relativement fréquentes, de diagnostic délicat, sont le fait d'individus soit intéressés comme les ouvriers et les soldats, soit de personnes, femmes le plus souvent, dont l'état psychologique a été perturbé dans l'enfance ou dans le temps qui a précédé la dermatose.

Venant en aide à la clinique, les recherches psychologiques, les tests, l'électro-encéphalogramme, la narco-analyse et l'histopathologie faciliteront pour le médecin de famille, le médecin du travail et le médecin militaire le diagnostic de pathomimie cutanée.

Plus que de bons psychiatres, le diagnostic requiert avant tout de bons dermatologistes qui, n'ignorant rien de la personne humaine, sauront reconnaître le « cas intéressant » et confieront alors le soin de la thérapeutique au psychiatre rompu à la psychothérapie, qui ne peut, ni ne doit être pratiquée par une personne incompétente sous peine d'échecs graves.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen :
R. SIGALAS.

Vu, bon a imprimer :
Le Président :
P. JOULIA

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 Novembre 1956
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Boisseau (G.). — Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître. (Baillère et fils, édit.), Paris, 1870.

Bolgert (H.), Poisson (R.), Soule (M.). — Le psoriasis est-il une psychodermatose ? *Ann. de derm. syph.*, 1951, *78*, 273-291.

Bolgert (M.), Soule (M.). — Psychosomatique et dermatoses. *Bull. Soc. franç. derm. syph.*, 1951, *58*, 4, 409-411.

Bureau (Y.), Rigaud (A.). — Pathomimie par acide muriatique. *Bull Soc. franç. derm. syph.*, 1952, *59*, 4, 357-359.

Bureau (Y.), Jarry, Barriere. — Pathomimies et troubles de l'électro-encéphalogramme. *Bull. Soc. franç. derm. syph.*, 1956, *1*, 78

Cappon (D.). — Some psychosomatic aspects of injuries. *Canad. Med Ass. Journ.*, 1951, *64*, 6, 495-500.

Ceillier (A.). — Un cas remarquable de simulation et de pathomimie *Ann. Méd. lég.*, 1947, *3*, 134-138.

Chavigny (P.). — Diagnostic des maladies simulées. (Baillère et fils, édit.), Paris, 1906.

— Diagnostic des maladies simulées. (Baillère et fils, édit.), Paris, 1921.

Cossa (P.). — La narco-analyse. Possibilités et limites. *Ann. Méd. psycho.*, 1948, II, 2, 129-136.

Cosyns-Duret (S.) et Moriame (G.). — Les automutilations en dermatologie. *Arch. Belges derm. syph.*, 1956, XII, 2, 110-123.

Delay (J.) et Desclaux (P.). — La narco-analyse psychosomatique. *Bull. Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1946, 191-197.

DELMAS-MARSALET (P.), BERGOUIGNAN (M.), LAFON (M.-R.). — Etude clinique dune pathomimie. *J. Méd. Bordeaux*, 1938, *13*, 329-335.

DESHAIES (G.). — Psychologie de la simulation. *Hygiène mentale*, 1948. *37*, 80-92.

DIEULAFOY. — Pathomimie. *Presse Méd.*, 1908, *47*, 369-373.

DOCHAO (A.), VIDAL (A.). — Uno caso de patomimia. *Acta derm. sif. Madrid*, 1951, *42*, 6, 613-614.

DOCHAO (A.), BAQUÉ (O.). — Patomimia simulando una miasis cutanea. *Actas derm. sif. Madrid*, 1952, *44*, 1, 40-42.

DOWNING (J.-G.). — Simulation and self-infliction as encountered in industrial dermatology. *Arch. of Indust. Hygiene*, 1950, *1*, 271-289.

FRIDERICN (H.). — Artefakte der Haut unter Berücksichtigung der psychischen Persönlichkeit der Artefakt-Träger. *Neue Med. Welt.*, 1950, *11*, 390-392.

GANDY (D.-T.). — The concept and clinical aspect of factitial dermatitis. *Southern Med. Journ.*, 1953, *46*, 6, 551-554.

GARZON (R.), CONSIGLI (C.-A.). — Exito del Narcoanalisis en un caso de Patomimia. *Actas derm. sif. Madrid*, 1954, *45*, 5, 306-312.

GATE (J.), CHARPY (J.). — Un cas de pathomimie cutanée. *Bull. Soc. franç. derm. syph.*, 1939, *46*, 228-232.

GATE (J.). — Psychosomatique et dermatologie. *J. Méd. Lyon*, 1951, *757*, 655-659.

GAY-PRIETO (J.). — Dermatologia psicosomatica : con motivo de un caso de autolesiones. *An. Acad. Nac. Med. Madrid*, 1950, *67*, 1, 37-60.

— Beitrag zur psychosomatischen Dermatologie, *Der Hautartz.*, 1951, *1*, 31-38.

GOUGEROT (H.). — Dermatoses simulées. Dermatologie en clientèle. (Maloine, édit.), 1939, 694-707.

GRACIANSKY (P. DE), STERN (E.). — Analyse psychosomatique de quelques dermatoses et en particulier de l'eczéma. *Sem. Hôp. Paris*, 1950, *44*, 2.127-2.133.

— Dermatologie psychosomatique. *Bull. Soc. franç. derm. syph.*, 1951, 58, 4, 412-414.

— Rôle des facteurs psychologiques dans l'étiologie de quelques dermatoses. *Ann. derm. syph.*, 1952, 79, 1, 5-19.

KLABER (R.). — Psychological factors in the etiology of certain skin diseases. *The British Journ. of derm. and syph.*, 1947, 59, 1, 1-6

LAMBERGEON (M^lle^ S.). — Contribution à l'étude de la dermatologie psychosomatique. Thèse Paris, 1949.

— Emploi de la narcose sous pentothal en dermatologie. *Ann. derm. syph.*, 1952, 79, 1, 20-24.

— L'approche psychosomatique en dermatologie. *Encéphale*, 1954, 43, 6, 509-517.

MICHELSON (H.). — Psychosomatic studies. Motivation of self-induced e eruptions. *Arch. derm. and syph.*, 1945, 51, 245-250.

MORIAME (G.). — Dermatose simulée. *Arch. Belges derm. syph.*, 1951, 1, 73-74.

— Dermatose de simulation. *Arch. Belges derm. syph.*, 1954, 1, 84-85.

— Un cas de pathomimie. *Arch. Belges derm. syph.*, 1955, 2, 128-129.

NOGUER-MORE (S.). — Patomimia e Diencefalosis. *Acta derm. sif. Madrid*, 1952, 43, 9, 830-831.

O'DONNEL (F.-J.). — Dermatitis factitia. *Journ. of the Irish Med. Ass.*, 1954, 54, 103-104.

PATTI (M.). — Simulazione e dissimulazione : problemi vecchi et nuovi nelle pratica medico-legale militare. *Ann. Med. Nav. Roma*, 1953, 58, 4, 325-342.

PONIEDEL (C.). — An instructive case of dermatitis artefacta. *The Practitioner*, 1948, 161, 487-489.

RITTER (E.). — Dermatitis artefacta. The Practitioner, 1952, 168, 480-486.

ROLLIER (R.), PELBOIS (F.). — Quelques cas de pithiatisme et de simulation en dermatologie. *Maroc Méd.*, 1955, 266-267.

ROMANO (S.). — Saggio di dermatologia psicosomatica a proposito di due casi di patomimie cutanee. *Gior. Italiano di derm. e syph.*, 1952, 3, 197-212.

SANKALE (M.). — Maladies provoquées au pénitencier de Maroni. *Méd. trop.*, 1950, 10, 641-650.

SIMON (C.). — Dermatoses simulées. *Nouv. prat. derm.*, (Masson, édit.), V, 850-857.

THIBIERGE (E.). — Dermatoses provoquées et simulées. *Ann. derm. syph.*, 1925, VI, 12, 712-718.

TRILLOT (J.). — Deux cas de simulation et de pathomimie. *Annales méd. lég.*, 1951, 31, 9, 363-367.

VAN DER MEIREN (L.). — Le diagnostic histologique des dermatoses de simulation. *Arch. Belges de derm. et syph.*, 1956, XII, 2, 124-129.

VINCI (M.). — La patomimie cutanee : Studio clinico e medico-legale. *Rev. Infort. Mal. prof. Roma*, 1955, 42, 4, 673-704.